



Journal Homepage: - www.journalijar.com

INTERNATIONAL JOURNAL OF ADVANCED RESEARCH (IJAR)

Article DOI: 10.21474/IJAR01/16752

DOI URL: <http://dx.doi.org/10.21474/IJAR01/16752>



RESEARCH ARTICLE

PRISE EN CHARGE CHIRURGICALE DES STENOSES ANTROPYLORIQUES: A PROPOS DE 61 CAS

Saad Mahamoud, Cherelle Erica, Khalid Rabbani and Abdelouahed Louzi

CHU Mohamed VI, Université Caddiayad, Marrakech, Maroc.

Manuscript Info

Manuscript History

Received: 28 February 2023

Final Accepted: 31 March 2023

Published: April 2023

Abstract

La prise en charge des sténoses antropyloriques dépend du stade évolutif de la sténose pouvant aller d'un traitement endoscopique pour les stades initiaux jusqu'à la résection chirurgicale pour les stades plus tardifs. La disponibilité d'un plateau technique performant constitue classiquement une des principales conditions pour la réussite de cette attitude. Nous essayons d'étudier les différents aspects épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques de cette affection à travers les résultats d'une série de 61 malades. Une série de 61 patients est prise en charge par le traitement opératoire. La gravité des lésions est appréciée par les données cliniques et paracliniques, ainsi que la morbidité et la mortalité sont analysées. A l'instar de la littérature, l'étiologie ulcéreuse est de loin la plus fréquente ce qui n'a pas concorde avec notre série dont les sténoses cancéreuses étaient les plus fréquents avec une fréquence de 59% dans notre contexte. La durée moyenne de surveillance était de 7 jours. Une laparotomie était indiquée chez tous les patients. On avait noté un taux de mortalité de 3.7% soit 4 cas. Il semble à partir de notre expérience que la rapidité de la prise en charge pluridisciplinaire peut constituer une référence thérapeutique dans les pays occidentaux comme dans les pays en voie de développement, sûre et justifiée.

Copy Right, IJAR, 2023., All rights reserved.

Introduction:-

L'ulcère et le cancer gastroduodénal font partie des causes principales des sténoses antropyloriques suivi d'autre étiologie dont l'ingestion des produits caustiques aussi bien dans les pays occidentaux que les pays en développement. [4]

Leur symptomatologie est retardée, peut être masquée par les effets thérapeutiques ou au contraire simulée d'associations lésionnelles.

Le diagnostic de la sténose antropylorique doit être fait au stade de début par l'endoscopie couplée systématiquement d'une biopsie et étude anatomopathologique ainsi que l'utilisation des antiulcéreux (IPP) et l'éradication *Helicobacter pylori* pour la maladie ulcéreuse. [5]

Concernant la prise en charge thérapeutique, mise à part l'étiologie cancéreuse pour laquelle le traitement chirurgical est dominé par les gastrectomies associées à un curage ganglionnaire, le traitement chirurgical de la sténose ulcéreuse fait l'objet de nombreuses controverses posant l'épineux problème du choix thérapeutique. [6]

Corresponding Author:- Saad Mahamoud

Address:- CHU Mohamed VI, Université Caddiayad, Marrakech, Maroc.

Le pronostic dépend de la gravité des lésions initiales mais aussi de la rapidité de la prise en charge.[7]

Matériel et Méthodes:-

Cet travail a porté sur 61 cas de sténoses antropyloriques, hospitalisés au service de chirurgie générale sur une période de cinq ans allant du 1er janvier 2016 à la fin décembre 2020. Les dossiers des patients ont été analysés selon une fiche d'exploitation préétablie.

Résultats:-

La série globale comportait 61 cas. Les patients de notre série se répartissaient en 45 hommes (73,77 %) et 16 femmes (26,23 %). Le sex-ratio était de 2,81. Chez les patients ayant eu une sténose cancéreuse, 26 patients étaient de sexe masculin (72,22%) et 10 patients de sexe féminin (27,78%), soit un sex-ratio de 2,6. Chez les patients ayant eu une sténose ulcéreuse, 18 patients étaient de sexe masculin (75 %) et 6 patients de sexe féminin (25 %), soit un sex-ratio de 3. Le patient ayant eu une sténose caustique était de sexe masculin. (Figure 1). Dans notre population d'étude, 22 patients (36,1%) avaient un antécédent d'ulcère gastroduodénal (UGD), dont 20 cas avaient une sténose ulcéreuse et 2 cas avaient une sténose cancéreuse. Le motif d'admission avec une douleur abdominale 100%. Les signes fonctionnels étaient dominés par la douleur abdominale à type d'épigastrie dans 61 cas. Des vomissements (95%), l'altération de l'état général (78,7%), une hémorragie digestive (57,4 %). L'examen avait montré une sensibilité abdominale chez 95% des malades (58 cas) et un clapotage à jeun chez 21,3% d'entre eux (Tableau 1). Une fibroscopie oeso-gastroduodénale a été systématique chez tous les patients. La chimiothérapie néoadjuvante a été faite chez 03 patients cancéreux, soit 4,9% des cas. Une laparotomie chez les sténoses cancéreuses a été réalisée à visée curative : une gastrectomie subtotale 4/5 dans 10 cas (27,8%), une gastrectomie totale dans 5 cas (13,9 %) et une antrectomie dans 3 cas (8,3%) avec curage ganglionnaire D1,5 pour les patients porteurs d'adénocarcinome et à visée palliative : une gastro-entéro-anastomose (GEA) transmésocolique chez 14 cas (38,9% des cancéreux) et une jéjunostomie d'alimentation chez 4 patients cancéreux, soit 11,1% des cas. Chez les sténoses ulcéreuses, une gastro-entéro-anastomose (GEA) transmésocolique chez 21 cas (87,5%) et une antrectomie dans 3 cas (12,5%). La sténose caustique a été effectuée par une gastro-entéro-anastomose. On a noté un taux de mortalité de 6,6% soit 4 cas. Des complications étaient survenues chez 10 patients avec 3 cas d'anémie, 2 cas d'ascite avec troubles hydro-électrolytiques 1 cas, embolie pulmonaire, 1 cas de fistule anatomique 1 cas et 2 cas de surinfection de la plaie chirurgicale. L'évolution était jugée favorable chez 3 patients avec une durée moyenne d'hospitalisation de 7 jours.

Discussions:-

Les sténoses antropyloriques sont un défi diagnostique et thérapeutique pour le médecin. [2,3].

Les données épidémiologiques générales de notre population ne semblent être concordantes avec les données de la littérature. Cette expérience nous a permis de tirer quelques aspects généraux qui pourraient contribuer à une meilleure connaissance de la sténose antropylorique.

L'étiologie ulcéreuse reste de loin la plus fréquente dans notre série dont les sténoses cancéreuses étaient les plus fréquentes d'une fréquence de 59 %. La sténose pylorique était plus fréquente chez l'homme avec un sex-ratio de 2,81. La moyenne d'âge était plus élevée dans les sténoses tumorales (58 ans) que dans les sténoses ulcéreuses (52,2 ans). La présomption diagnostique a été faite sur les signes cliniques qui ont été dominés par les douleurs épigastriques (100%) et les vomissements postprandiaux (95 % de nos cas). L'examen de première intention et l'élément-clé du diagnostic est la fibroscopie qui a été réalisée chez 100% de nos patients. Effectuée tôt, elle permet de poser le diagnostic de sténose, d'en apprécier le degré de sévérité et de préciser l'étiologie, grâce à la biopsie et à l'examen anatomopathologique. Le transit gastroduodénal, permet de juger de l'étendue de la sténose et d'explorer le tractus digestif en aval, surtout le duodénum, en cas de sténose infranchissable. Combiné à la fibroscopie, il peut faire préjuger de l'attitude thérapeutique à adopter.

Concernant l'étiologie cancéreuse la TDM TAP est la modalité d'imagerie la plus utile pour le diagnostic de la sténose antropylorique et la différenciation de ses nombreuses causes sous-jacentes ainsi que l'extension locale, régionale et à distance de la tumeur.

La rééquilibration hydro-électrolytique est une étape très importante du traitement car elle constitue un facteur essentiel d'amélioration de la mortalité opératoire. Elle a été effectuée chez tous nos patients dès leur admission.

L'acte chirurgical a pu être effectué chez tous nos patients dont 24 cas de sténoses ulcéreuses, 36 cas de sténoses tumorales et 1 cas de sténose caustique.

Les indications chirurgicales sont limitées aux complications des ulcères gastro duodénaux résistants aux traitements. La sténose reste aussi une indication chirurgicale, mais l'état souvent précaire de ces patients augmente les risques d'un traitement chirurgical plus radical [4,5].

La gastrectomie associée au curage ganglionnaire, est le traitement de référence permettant d'améliorer la survie des patients atteints du cancer gastrique. Plusieurs facteurs pronostiques sont incriminés mais deux d'entre eux ont un impact indiscutable: l'envahissement ganglionnaire et l'extension pariétale d'où l'intérêt d'une résection complète de la tumeur ainsi qu'un bon curage ganglionnaire [7,8]. L'apport des traitements complémentaires, en particulier la chimiothérapie, doit permettre d'améliorer la survie dans les années à venir[2]. Le nombre réduit des interventions chirurgicales chez les patients avec des sténoses d'origine cancéreuse s'explique par des stades très avancés de la maladie, inopérables. En général, l'intervention d'un cancer gastrique antral sténosé n'a qu'une visée palliative.

Toute étiologie confondue, nous avons déploré 9,9% des cas de décès (post opératoires précoces et tardifs). Ce qui dénote de la gravité de la sténose pylorique lorsqu'elle est vue à un stade tardif, d'où l'intérêt des mesures de prévention de cette maladie.

Figure I:- Les différents éléments de l'examen abdominal.

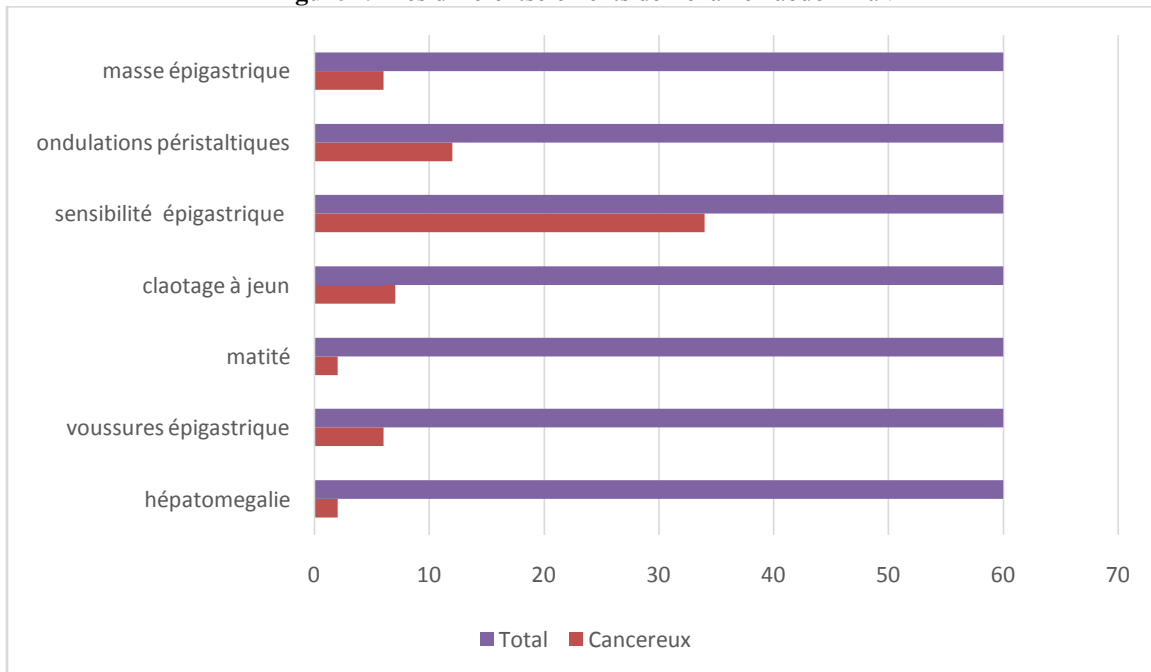


Tableau I:- Sièges de la sténose à la FOGD chez les patients.

Siège de la sténose	Ulcéreuse	Cancéreuse	Caustique	Total	Pourcentage%
Antropylorique	1	23	-	24	39,4
Pylorique	11	6	1	18	29,5
Pylorobulbaire	7	1	-	8	13,1
Pré pylorique	2	3	-	5	8,2
Bulbaire	3	-	-	3	4,9
Antral	-	3	-	3	4,9

Tableau II:- Résultats du scanner.

Résultats de la TDM		Fréquence	Pourcentage%
Epaississement circonférentiel et irrégulier		19	52,8
Processus tumoral tissulaire		17	47,2
Important estomac de stase		7	19,4
ADP		24	66,7
	Coeliomésentériques	5	13,8
	Périgastriques	10	27,8
	Tronc cœliaque	2	5,6
	Grand épiploon	1	2,7
	Petite courbure	6	16,7
Envahissement locorégional		23	63,8
	Graisse périgastrique	15	41,7
	Mésocolon transverse	7	19,4
	Pancréas	1	2,7
Carcinose péritonéale		7	19,4
Métastase hépatique		3	8,3
Epanchement péritonéal		7	19,4
	Faible abondance	4	11,1
	Moyenne abondance	2	5,6
	Grande abondance	1	2,7
Epanchement pleural de faible abondance		1	2,7
Métastase pulmonaire		5	13,8
Métastase osseuse (corps vertébral du D3)		1	2,7
pancréatite stade A		1	2,7

Tableau III:- Principaux gestes opératoires effectués.

Geste		Sténoses cancéreuses	Sténoses ulcéreuses	Sténose caustique	Total	Pourcentage %
Gastrectomie	totale	5			5	8,2
	Subtotale 4/5	10			10	16,4
	antrectomie	3	3		6	9,8
Anastomoses	G-J selon Finsterer		2		2	3,3
	G-J en oméga	1	1		2	3,3
	G-J en Y	12			12	19,7
	O-Jen Y	5			5	8,2
Gastroentéroanastomose		14	21	1	36	59
jéjunostomie d'alimentation		4			4	6,6
Biopsie	d'un nodule hépatique	4			4	6,6
	des nodules de carcinose	3			3	4,9
Examen extemporané		1			1	1,6
Curage ganglionnaire	D1, 5	15			15	24,6

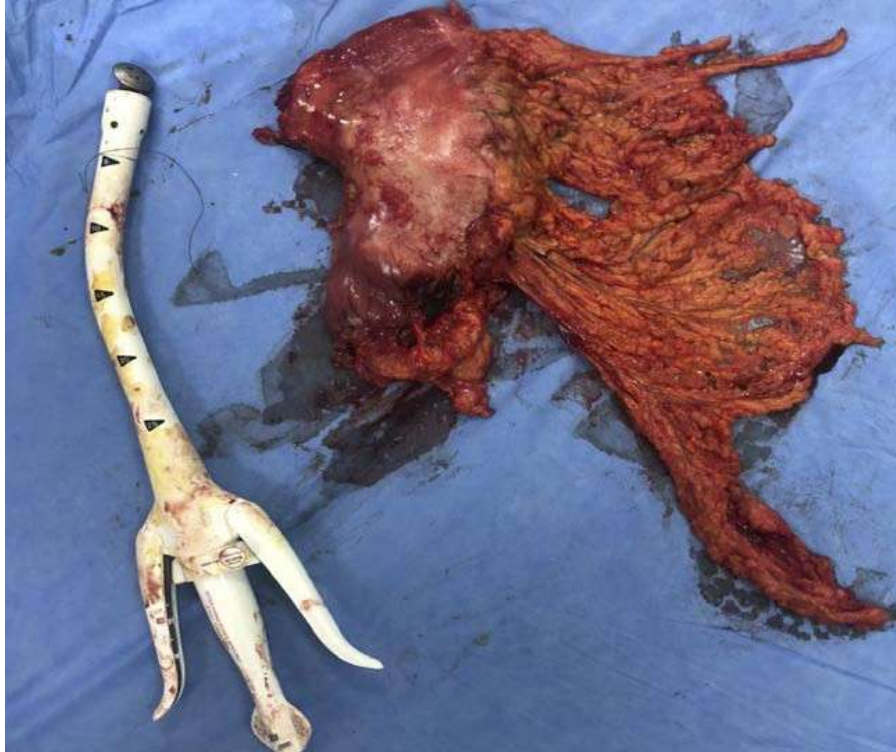


Figure 2:- Pièce opératoire d'une gastrectomie sub totale pour tumeur antrale sténosante et hémorragique.

Conclusion:-

La prise en charge des sténoses antropyloriques doit être rapide en mettant une collaboration multidisciplinaire efficace associant des équipes médicales, chirurgicales et radiologiques afin de conserver le pronostic vital.

Conflits d'intérêts

Les auteurs déclarent qu'ils n'ont aucun conflit d'intérêts

Références:-

- Gattuso P, Differential diagnosis in surgical pathology. Saunders. 2009; 341- 353.
- El kharroubi T, Mezouar L, Boughaleb Z, Afqir S , Cancer de l'estomac, Manuel de cancérologie .Société marocaine de cancérologie. Janvier 2017.
- Kamina P, Di Marino V, « Anatomie, introduction à la clinique. Abdomen: Paroi et appareil digestif ». Tome 1, 1ère édition revue et corrigée, Maloine .1997, 155.
- Ghannouchi S E, Anatomie de la cavité péritonéale. Faculté de médecine ibn El jazzar Sousse laboratoire d'anatomie; 2011.
- Mutter, Marescaux , Gastrectomies pour cancer : principes généraux, anatomie vasculaire, anatomie lymphatique, curages. EMC, techniques chirurgicales-Appareil digestif. 2001 ; 330-340.
- Lahlaidi A, Anatomie topographique de l'estomac. Volume I, troisième partie : Anatomie de l'abdomen, chapitre 3, 2012 vol. 2.
- Ajani S, Jaffer A, Amico D, Thomas A, Almhanna, Khaldoun, et al, Gastric cancer, version 3.2016, NCCN clinical practice guidelines in oncology. Journal of the National Comprehensive Cancer Network.2016 ; vol.14(10), 1286-1312.
- Faucheron JL, David V, Irène M, La gastrectomie subtotale avec curage ganglionnaire pour cancer de l'antré : points techniques. Hépatogastro. septembre-octobre 2007 ; vol 14 (5).; 383-386.
- Netter F, « Atlas d'anatomie humaine ». 2ème édition. Maloine. planche 301 ; 1997.
- Fause E, Monographie des ulcères-gastro-duodénaux. Réseaux des systèmes d'informations. Santé au Service des professionnels, 2000.
- Suerbaum S , Michetti P. Helicobacter pylori infection. N Engl J Med .2005 ;347: 1175-1186.

12. Venon K, Koffi E , Kouassi JC , La Sténose ulcéreuse pyloro-duodénale : aspects diagnostiques et thérapeutiques. Médecine d'Afrique Noire.1999 ; 2 (12) : 46-52.
13. Bayramoğlu Z, Başsorgun İC, Ünal B, Akın M, Elpek GÖ, Adult pyloric stenosis: a diagnostic pitfall - a case report and review of the literature. Clin J Gastroenterol. 2020 Feb; 13(1): 60-65.
14. Aparicio T, Yacoub M, Cohen P, René E , Adénocarcinome gastrique : notions fondamentales, diagnostic et traitement. Encycl. Med Chir .2004; 1(1):1-84.
15. Wang X, Terry PD, Yan H, Salt consumption and stomach cancer risk: Epidemiological and Biological evidence. World J Gastroenterol 2009; 15(18):2204-2213.
16. Tsugane S, Sasazuki S, Diet and the risk of gastric cancer: review of epidemiological evidence. Gastric Cancer 2007; 10: 75-83.
17. Radj S I, Hélicobacter pylori et cancer gastrique. Médecine/science.2003, 19 : 431-436.